



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)

**THÔNG BÁO VỀ KẾ HOẠCH THẨM ĐỊNH SƠ KHỎI**  
PLANNED ACTION NOTICE  
MINI-ASSESSMENT

TÊN VÀ ĐỊA CHỈ CỦA THÂN CHỦ/NGƯỜI ĐÚNG ĐƠN

TÊN VÀ ĐỊA CHỈ CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN PHÁP LÝ

Thẩm Định Sơ Khởi DDD của quý vị đã hoàn tất vào ngày \_\_\_\_\_

**KẾT QUẢ**

Thẩm Định Sơ Khởi đã chỉ định quý vị vào nhóm sau đây:

- Nhu Cầu ở Mức Cao
- Nhu Cầu ở Mức Trung Bình
- Nhu Cầu ở Mức Thấp

**VIỆC KẾ TIẾP SẼ LÀ GÌ?**

Quản Lý Phụ Trách Hồ Sơ/Nguồn Trợ Giúp sẽ:

- Chuyển quý vị qua thẩm định toàn diện.
- Chuyển quý vị vào Lịch Trình Giới Thiệu Để Được Thẩm Định toàn diện.
- Chuyển quý vị qua tái xét thêm vì nhận thấy rằng quý vị
  - Có nhu cầu về bảo vệ trong cộng đồng.
  - Có thể phải đưa vào một nơi ở hạn chế hơn.
- Cho quý vị chi tiết và giới thiệu các dịch vụ.

**QUYỀN KHÁNG CÁO CỦA QUÝ VỊ**

Quý vị có chín mươi (90) ngày kể từ ngày nhận được thông báo này để kháng cáo lại quyết định trên.

- Chiếu theo WAC 388-824-0320 quý vị được quyền kháng cáo nếu không đồng ý với những chi tiết ghi trong cuộc Thẩm Định Sơ Khởi hoặc nếu DDD từ chối thỉnh cầu tái thẩm định của quý vị.
- Quý vị không được quyền kháng cáo về cách tính để xác định mức nhu cầu của quý vị.

**NẾU QUÝ VỊ CÓ THẮC MẮC?**

**Nếu nhu cầu của quý vị có thay đổi hoặc nếu quý vị có thắc mắc về việc Thẩm Định Sơ Khởi hay quyền kháng cáo, xin liên lạc với**

tại

QUẢN LÝ PHỤ TRÁCH HỒ SƠ/NGUỒN TRỢ GIÚP

SỐ ĐIỆN THOẠI



**THÔNG BÁO VỀ KẾ HOẠCH  
THẨM ĐỊNH SƠ KHỞI CỦA DDD  
THÍNH CẦU ĐIỀU GIẢI**

chiếu theo Chương 388-02 của DSHS về các điều lệ điều giải.

FOR AGENCY USE ONLY

Oral request taken by:

NAME

TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

**GỬI ĐẾN:** OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489  
PO BOX 42489  
OLYMPIA WA 98504-2489

**SỐ FAX:** 360-586-6563

Tôi thỉnh cầu một buổi điều giải bởi vì tôi không đồng ý với quyết định sau đây về mức nhu cầu của Nha Trợ Giúp Tàn Tật (DDD):

TÊN CỦA QUÝ VỊ (XIN VIẾT CHỮ IN)	NGÀY SINH	SỐ AN SINH XÃ HỘI
ĐỊA CHỈ CỦA NGƯỜI THÍNH CẦU ĐIỀU GIẢI	SỐ ID CỦA THÂN CHỦ	
THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	SỐ ĐIỆN THOẠI (NHỚ GHI SỐ VÙNG) <input type="checkbox"/> <b>ĐIỆN THOẠI ĐỂ NHẮN</b>

Tôi đã được thông báo về sự quyết định vào ngày: \_\_\_\_\_ bởi: \_\_\_\_\_  
NGÀY \_\_\_\_\_ TÊN VÀ ĐỊA ĐIỂM CỦA VĂN PHÒNG DSHS

Tôi muốn được tiếp tục hưởng trợ cấp, nếu hợp lệ:  Có  Không      Chương Trình: \_\_\_\_\_

Tôi được đại diện bởi (nếu quý vị sẽ tự đại diện cho chính mình, xin đừng điền vào hai hàng kế tiếp):

TÊN NGƯỜI ĐẠI DIỆN CỦA QUÝ VỊ	CƠ QUAN	SỐ ĐIỆN THOẠI
ĐỊA CHỈ	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG
		SỐ BƯU CHÍNH

Tôi cho phép tiết lộ các chi tiết về buổi điều giải cho người đại diện của tôi.

CHỮ KÝ CỦA QUÝ VỊ	NGÀY
-------------------	------

Quý vị có cần thông dịch viên hoặc những trợ giúp hay phương tiện khác cho buổi điều giải của quý vị không?  Có  Không

Nếu có, xin cho biết ngôn ngữ hoặc loại trợ giúp gì? \_\_\_\_\_

Thẩm Phán Tòa Hành Chánh (ALJ) có thể giải quyết buổi điều giải bằng điện thoại. Nếu quý vị muốn được điều giải bằng cách đích thân đến gặp, xin làm theo những hướng dẫn trong Thông Báo Điều Giải mà OAH sẽ gửi đến cho quý vị.